

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N° 270

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITE)

PAR

Paul CHARBONNIER

Né le 7 Mai 1913, à Malestroît (Morbihan).

Présentée et soutenue publiquement le

30 JUIN 1943.. 19

**DANGER DE LA SUTURE
PARIÉTALE
DANS LES APPENDICITES DRAINÉES**

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **CHARBONNIER.**

Prénom : **Paul.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

CHARBONNIER (Paul).— Danger de la suture pariétale dans les appendicites drainées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°.....).

CHARBONNIER (Paul).— Danger de la suture pariétale dans les appendicites drainées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°.....).

CHARBONNIER (Paul).— Danger de la suture pariétale dans les appendicites drainées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°.....).

CHARBONNIER (Paul).— Danger de la suture pariétale dans les appendicites drainées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°.....).

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Paul CHARBONNIER

Né le 7 Mai 1913, à Malestroit (Morbihan).

Présentée et soutenue publiquement le 19

**DANGER DE LA SUTURE
PARIÉTALE
DANS LES APPENDICITES DRAINÉES**

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1943



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux....	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	MONDOR.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	BROCQ.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	N... ..	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.).	Physique.	RENARD	Ophtalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	N... ..	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SOULIE	Pathologie médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANIN	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	
SEZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*Témoignage de mon affectueuse
et respectueuse reconnaissance.*

A MA FEMME

*Témoignage de ma profonde af-
fection.*

A MA FILLE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRERE

A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS

A MES COMPAGNONS DE GUERRE
ET DE CAPTIVITE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

*Qui fut l'ardent pionnier du
« Mickulicz » et dont l'enseigne-
ment nous fut transmis par son
élève, notre maître, le Docteur B.
DESPLAS.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SENEQUE

Professeur de Thérapeutique Chirurgicale

*Nous le remercions du très grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. LUBIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de la Maison de Santé du Gardien de la Paix

Qui nous a inspiré cette thèse.

*Témoignage de très vive grati-
tude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR B. DESPLAS

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chef de Service de l'Hôpital Saint-Louis

Chirurgien Chef de la Maison de Santé du Gardien de la Paix

*Qui a bien voulu nous aider de
ses précieux conseils.*

*Témoignage de notre profond res-
pect.*

A LA MEMOIRE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MARTIN
Professeur Honoraire de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine d'Angers

A LA MEMOIRE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR PAPIN
Directeur honoraire du Laboratoire Départemental
de Bactériologie d'Angers

A LA MEMOIRE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers

A LA MEMOIRE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR ROUESSE
Directeur du Laboratoire Départemental d'Angers

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENECHAU

Professeur de Clinique Médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR METZGER

Directeur de l'Ecole de Médecine

Professeur d'Anatomie

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUMARD

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Professeur de Physiologie

A MONSIEUR LE DOCTEUR Ch.-R. MARTIN

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Professeur d'Anatomie

A MM. LES DOCTEURS :

ROUCHY, BIGOT, PERRAULT,
NEDELEC, NAULLEAU, GOYER

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE D'ANGERS

INTRODUCTION

L'idée de consacrer notre thèse à l'étude du « danger de la suture pariétale dans le drainage pour appendicite » nous a été donnée parce que nous avons acquis la conviction que cette question était loin d'être fixée du point de vue chirurgical.

Loin de nous la prétention de vouloir la clore, même partiellement. Nous voulons simplement apporter les renseignements que nous a donné l'étude d'un certain nombre d'appendicites drainées et essayer d'en tirer un enseignement.

Nous avons eu, en effet, l'avantage d'être placé à la Maison de Santé du Gardien de la Paix dans un milieu où, en matière de suture pariétale, dans les appendicites drainées, les procédés les plus divers sont employés. Or nos maîtres, les docteurs B. DESPLAS et P. LUBIN, nous ont montré, bien des fois, les inconvénients et les dangers de poser même un seul point de suture pariétale. Bien souvent, dans des cas où un drainage avait été établi et la paroi partiellement refermée, il a fallu la désunir, les jours suivant l'intervention, pour éviter ou essayer d'éviter des accidents graves.

Avant d'exposer notre sujet nous voulons le bien préciser. Nous n'envisageons nullement l'étude du drainage, son mode, ses avantages, ses inconvénients. Pour nous, l'affaire est entendue. Il faut drainer les appendicites **suppurées**.

Après avoir montré comment se comportent beaucoup

de chirurgiens vis-à-vis de la paroi, une fois le drainage établi, nous apporterons l'étude que nous avons faite sur un certain nombre d'appendicites drainées. Puis nous donnerons une symptomatologie d'ensemble sur les accidents infectieux pariétaux dus à la suture dans ces appendicites. Enfin, nous exposerons notre opinion sur ce thème.

Nous nous excusons si, par moment, nous semblons nous étendre tout de même sur le drainage, ce n'est que pour rendre notre exposé plus clair.

PREMIERE PARTIE

L'histoire du drainage, préconisé par CHASSAIGNAC, au XIX^e siècle, peut être divisée approximativement en trois périodes. Nous reprenons cet historique parce qu'il se confond au début avec celui de la suture pariétale, notion qui ne se dégagera que peu à peu.

Une première période s'étend jusque vers 1900. Pendant celle-ci sont apparus les principaux procédés de drainage.

Une deuxième période (1900-1920) voit naître une tendance de plus en plus marquée à restreindre et même à supprimer le drainage.

Enfin une troisième période, période actuelle, cherche à préciser les indications raisonnées de ces deux méthodes, drainage, non-drainage.

C'est vers 1920 qu'OMBRÉDANNE, s'appuyant sur ses statistiques, montre combien cette chirurgie hardie du non-drainage peut donner de beaux succès et considère que les quelques abcès pariétaux rencontrés sont de peu d'importance, facile à guérir. Tout au plus les considère-t-il comme abcès de fixation.

Cependant, à la même époque, d'autres chirurgiens émettaient des avis opposés. Ainsi :

— SAVARIAUD : « Je suture rarement l'aponévrose et je laisse la peau ouverte, de cette façon j'évite les phlegmons gangréneux dont j'ai observé un cas grave terminé par la mort, pour avoir trop suturé les plans superficiels. »

— LECÈNE : « Lorsqu'on ne draine pas et que l'on ferme hermétiquement la paroi (surtout en plusieurs plans), il faut savoir que les abcès secondaires du Douglas et surtout les suppurations pariétales qui peuvent être graves, sont loin d'être rares. »

Quelques années plus tard, J.-L. FAURE s'exprimait en ces termes :

— « ... Quand il y a de la péritonite localisée et un ou plusieurs abcès péri-appendiculaires, extirpation de l'appendice, drainage large du ou des abcès. Laisser au besoin la paroi ouverte en écartant avec des compresses les lèvres de la plaie.

« Quand il y a de la péritonite diffuse, ouverture large, extirpation de l'appendice et mise en place d'un Mickulicz. Il faut laisser le ventre ouvert comme on laisse la cuisse ouverte dans un foyer de gangrène gazeuse. L'on sauverait ainsi des malades, beaucoup de malades, que la fermeture sans drainage laisserait mourir. »

Au Congrès de Chirurgie de 1927, l'étude portait sur « Le drainage dans la chirurgie abdominale » : la question de la suture pariétale ne semble avoir intéressé que quelques chirurgiens.

— VIANNAY, de Saint-Etienne, après avoir suivi douze années la méthode d'OMBRÉDANNE :

« J'estime que l'absence de drainage après appendicectomie à chaud, fait courir au malade des risques certains d'infection péritonéale et d'infection pariétale.

« ... L'inoculation du tissu cellulaire sous-cutané au cours d'une appendicite à chaud me paraît inévitable. Or il est constant que le tissu cellulaire se défend beaucoup moins bien contre l'infection que le péritoine. Dans ma série d'appendicites non drainées, je n'ai obtenu la réunion par première intention que dans un tiers des cas. Dans les deux autres tiers, j'ai observé toute la gamme des infections pariétales : depuis l'abcès bénin de la paroi m'obligeant à désunir ma ligne de suture et

ne retardant qu'un peu la cicatrisation, jusqu'au phlegmon diffus gangréneux se terminant par la mort.

« J'ai perdu deux malades à la suite d'un phlegmon gangréneux septique de la paroi. Depuis, je suis hanté par la crainte de cette redoutable complication et me suis préoccupé des moyens de la prévenir.

« ... c) Surtout absence de toute suture de la peau. Je me borne à suturer le péritoine autour du drain, le plan musculo-aponévrotique, dans la mesure où le drainage rend cette suture possible et je panse à plat la plaie cutanée laissée béante.

« ... Depuis que je procède ainsi, je n'ai plus observé d'infection grave de la paroi après appendicectomie à chaud. »

— H. REYNÈS, de Marseille :

« ... Dans des cas d'appendicite gangréneuse à issue de pus ichoreux, fétide, malodorant, je me méfie du sphacèle fréquent des tranches musculaires de la paroi, contaminées ou irritées par l'infection ou la toxicité de ces pus. Je ferme le péritoine, lave à l'éther, la compresse sans excès et laisse la paroi musculaire ouverte. Je la referme dès qu'il semble qu'il n'y a plus rien à craindre. »

— A. CHALIER, de Lyon :

« Dans les formes heureuses, pas de drainage.

« Dans les formes légères de péritonite appendiculaire diffuse, on peut après l'appendicectomie fermer sans drainage. Cependant, sans nuire à la solidité de la paroi, il est préférable de laisser un petit drain dans le Douglas pendant deux ou trois jours.

« Dans les formes graves de péritonite diffuse appendiculaire (appendice gangrené, perforé, gaz putrides, liquide purulent, fétide, etc.)...

« ...Ce système de drainage ne tient pas beaucoup de place et permet de placer plusieurs points de suture en

anse pour assurer une fermeture de la paroi presque complète Cette fermeture, loin de s'opposer au drainage, le favorise et elle s'oppose en outre à une éviscération. »

En 1929, MÉTIVET, dans un long article, donnait à son tour son opinion sur la question :

« Fermeture de la paroi -- voilà le point capital. On a dit que l'appendice enlevé et la paroi refermée on se trouvait dans les mêmes conditions qu'avant l'opération avec cependant l'appendice en moins. Cela est inexact. Il subsiste en plus, en effet, un foyer traumatique pariétal au niveau de la zone opératoire, foyer qui constitue un merveilleux terrain pour le développement d'une infection parfois grave. J'ai vu mourir, malgré la présence d'un gros drain et d'une mèche, de phlegmon gangréneux de la paroi un malade chez lequel j'avais cru pouvoir rétrécir la brèche pariétale par deux points de catgut et je connais plusieurs cas semblables. »

« Ceux qui ferment même partiellement le ventre de leurs opérés d'appendicite aiguë connaissent les morts et les phlegmons pariétaux. »

En 1933, nos maîtres B. DESPLAS et P. LUBIN émettaient leur opinion :

« Dans les appendicites gangréneuses ou dans certaines formes diffuses aiguës avec épanchement intrapéritonéal suspect, la suture même incomplète de la paroi provoque des phlegmons pariétaux anaérobiques, souvent mortels. »

« Le meilleur drainage après appendicectomie, dans les formes aiguës et surtout lorsqu'il y a gangrène ou perforation est le Mickulicz, sans aucun drainage de caoutchouc. Il est essentiel de ne poser aucun point de suture. »

RUDLER, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, s'exprime en ces termes :

« 1° Appendicite au début de la crise.

« Quant à la suture pariétale, sauf le cas d'appendicite aiguë au début avec lésions discrètes plus subaiguës qu'aiguës, cas où l'on fermera en 3 plans comme s'il s'agissait d'une appendicite chronique, on préférera en général la suture en seul plan facile avec l'incision de Jalaguier et qui diminue les risques d'infection pariétale. /

« 2° Appendicite aiguë avec péritonite diffuse d'emblée.

« Quant à la suture pariétale elle ne sera jamais faite dans ce cas par étage, mais toujours en un seul plan. On gardera présent à l'esprit cette idée fondamentale que les risques d'une éventration compte peu lorsque c'est la vie même de l'opéré qui est en jeu. On a très souvent avantage à laisser la plaie presque entièrement ouverte, sauf en un point total destiné à s'opposer à l'issue immédiate des anses grèles, dans de nombreux cas de péritonite putride, c'est le seul moyen d'éviter ces terribles phlegmons gangréneux pariétaux qui ont pu à eux seuls tuer les opérés.

« 3° Appendicite aiguë après le 3^e jour.

« Drainage large, on laissera toujours la plaie pariétale grande ouverte.

« 4° Absès.

« Rarement, la suppuration pariétale prend un aspect phlegmoneux et seulement lorsqu'on suture par étapes malgré des lésions gangréneuses de l'appendice ou de péritonite diffuse. D'où l'intérêt de la suture en un plan. »

DEUXIEME PARTIE

Il a été opéré à la Maison de Santé du Gardien de la Paix, de 1930 à décembre 1942, c'est-à-dire en 13 années, 3.110 appendicites, dont 303 ont été des appendicites aiguës, opérées, d'urgence et drainées.

Nous avons étudié ces dernières en les classant en trois catégories, suivant que les éléments de la paroi ont été suturés complètement, incomplètement ou lorsqu'il n'a été fait aucun point de suture :

1° Les appendicites drainées soit par drains, soit par mèches, soit par drains et mèches, *avec suture plan par plan ou en un plan.*

2° Les appendicites drainées par mèches et drains avec suture du péritoine et du plan petit oblique et transverse *l'aponévrose du grand oblique et la peau non suturées.*

3° Les appendicites drainées par drains et mèches ou par sac de Mickulicz, contenant 2 mèches, une lame ou un drain ayant été placé ou non en dehors du Mickulicz, *sans suture des éléments de la paroi.*

Nous avons relevé :

Première catégorie. — 151 appendicites :

— 81 se sont terminées sans incidents;

— 70 ont présenté des incidents dont voici le détail :

a) 49 fois, c'est-à-dire dans 32,4 % des cas, s'est produite une complication infectieuse locale pariétale, à caractère anaérobique gangréneux, depuis le petit abcès

jusqu'au phlegmon diffus de la paroi de production rapide, nécessitant la désunion de la plaie.

Parmi ces 49 cas, il y a eu 6 décès.

b) 21 fois, il y a eu une évolution septicopyohémique à point de départ péritonéo-pariétal, avec réaction inflammatoire locale.

Parmi ces 21 cas, il y a eu :

— 3 décès précoces et rapides par évolution de péritonite généralisée;

— 18 guérisons compliquées, dont :

— 2 abcès du poumon,

— 1 abcès du Douglas,

— 4 embolies,

— 1 phlébite.

En résumé :

151 cas, avec :

70 évolutions compliquées, soit 47 %, dont :

— 49 phlegmons gangréneux, avec 6 morts, soit 32,4 %;

— 21 complications infectieuses avec 3 morts, soit 14,6 %.

Dans l'ensemble, il y a eu :

9 morts, soit 6 %, dont :

— 6 par gangrène, soit 4 %.

Deuxième catégorie. — 58 appendicites :

— 49 se sont terminées sans incidents;

— 9 ont présenté des complications.

a) 1 fois, soit dans 1,8 % des cas, il y a eu un phlegmon bénin de la paroi;

b) 8 fois, soit dans 13,8 %, il y a eu une évolution septico-pyohémique à point de départ péritonéo-pariétal, avec réaction inflammatoire locale.

Parmi ces 8 cas, nous trouvons :

- 2 décès par péritonite primitive généralisée,
- 6 guérisons compliquées, dont :
 - 2 embolies,
 - 1 phlébite.

En résumé :

58 cas, avec :

- 1 phlegmon gangréneux, soit 1,8 % des cas;
- 8 complications infectieuses, dont 2 morts, soit 13,8 % des cas.

Dans l'ensemble, il y a eu :

- 2 décès, soit 3,4 %.

Troisième catégorie. — 94 appendicites. Ce sont en général les plus graves.

- 78 se sont terminées sans incidents;
- 16 ont présenté des complications.

a) *Aucun phlegmon de la paroi* (0 %);

b) 16 fois, soit dans 17 % des cas, il y a eu une évolution septico-pyohémique, avec réaction inflammatoire locale.

Nous trouvons parmi ces 16 cas :

- 6 décès de péritonite généralisée, l'une envoyée au 8^e jour, l'autre à la 60^e heure, etc...;
- 10 guérisons compliquées, dont :
 - 4 complications pulmonaires,
 - 1 occlusion intestinale à la 3^e semaine,
 - 3 abcès résiduels, 2 fois l'appendice n'avait pu être enlevé,
 - 1 phlébite.

En résumé :

94 cas, avec :

- 16 complications, soit 17 %, dont :
 - 0 phlegmon, soit 0 %;

— 16 évolutions infectieuses avec 6 morts, soit 17 % des cas.

Dans l'ensemble, il y a eu :

— 6 décès, soit 6,8 %.

L'analyse de ces trois catégories nous montre que :

A. — Dans la première catégorie, appendicites drainées avec suture du péritoine, des muscles petit oblique et transverse de l'aponévrose du grand oblique, de la peau, en un ou plusieurs plans, 32,4 % des complications sont dues à l'infection pariétale avec 6 morts par phlegmons.

— Dans la deuxième catégorie, appendicites drainées avec suture du péritoine et des muscles petit oblique et transverse, nous avons 1,8 % d'accidents dus à l'infection pariétale sans aucun décès.

— Dans la troisième catégorie, pas un seul accident pariétal (0 %).

B. — Le pourcentage des complications sepytico-pyohémiques, imprévisibles, suite de l'évolution spontanée de l'appendicite, est sensiblement le même, 14,6 %, 13,8 %, 17 %.

Si nous ajoutons à cela qu'il y a eu pendant cette période de 13 années 26 décès par appendicites, soit 0,83 %, on remarquera que 6, soit 0,19 du total, soit 26,9 % de ces décès, sont consécutifs à des phlegmons gangréneux de la paroi.

Donc le fait de suturer la paroi sur des éléments de drainage vient ajouter un gros pourcentage de complications, complications uniquement pariétales, quelquefois mortelles, qui peuvent être évitées.

Ces chiffres intéressants par la comparaison de ces trois tableaux le sont encore davantage, envisagés d'un point de vue général. A la Maison de Santé du Gardien de la Paix, en effet, le service d'urgence est assuré par des chirurgiens de diverses formations. Dans l'ensemble,

les incidents incombent presque toujours aux mêmes opérateurs.

D'autre part, l'application du drainage large sans suture pariétale, préconisé avec insistance à la Maison de Santé du Gardien de la Paix, par nos maîtres B. DESPLAS et P. LUBIN, a montré que :

En 1932 :

On relève sur 34 appendicites aiguës, opérées d'urgence et drainées :

a) 23 *appendicites drainées avec suture du péritoine, des muscles petit oblique et transverse, de l'aponévrose du grand oblique, en un ou plusieurs plans, avec :*

— 11 complications pariétales, dont :

— 2 décès, par phlegmon gangréneux,

— 9 suppurations pariétales.

C'est-à-dire que ces 11 cas représentent 32 % des complications.

b) 9 appendicites drainées largement sans incident.

En 1942 :

On relève sur 31 appendicites aiguës opérées d'urgence et drainées :

a) 3 *appendicites drainées avec suture des éléments de la paroi en un ou plusieurs plans :*

— 1 phlegmon gangréneux, soit 3 % des complications;

b) 28 appendicites avec drainage large, sans suture, n'ayant donné aucun incident pariétal.

Comparaison pleine d'enseignements, puisque nous voyons disparaître les complications pariétales par l'application du principe de la non-suture des éléments de la paroi.

OBSERVATION I

M. M... Roger, 51 ans, entre le 3 janvier 1931 pour perforation du duodénum ? Appendicite ?

Syndrome douloureux abdominal datant de 13 heures. Début par une douleur en barre de la région péri-ombilicale. Depuis la douleur persiste en barre sans vomissements, ni nausées. Le faciès est péritonéal, la langue un peu sèche, le pouls est à 80, la température 38°9. A l'examen, deux points très douloureux, l'un dans la région épigastrique, l'autre dans la région appendiculaire, mais contracture plus marquée en haut qu'en bas. Il n'existe pas de sonorité pré-hépatique. On trouve dans les antécédents : hémorragies intestinales, douleur vague après les repas sans syndrome dyspeptique net. Crise douloureuse il y a trois mois sans caractère net non plus. On pense à une perforation duodénale et on décide d'intervenir par la voie épigastrique.

Protocole opératoire. — ... On se rend compte qu'il existe une appendicite rétro-cœcale. On ferme la peau au catgut n° 4, agrafes sur la peau.

Incision de Mac Burney. Extirpation de l'appendice qui est rétro-cœcal, gros, sphacélé et perforé. On met un drain et 5 mèches.

Suites opératoires. — Le lendemain, la température est à 38°, le pouls régulier, l'état général est bon. Quelques jours plus tard, le malade est fatigué, dyspnéisant, agité. Le septième jour, le malade est angoissé, ballonné. Il vomit, présente un état syncopal. Le huitième jour, éventration post-opératoire de la cicatrice médiane susombilicale. On intervient, la paroi apparaît grisâtre, entièrement sphacélique. Mort le neuvième jour.

OBSERVATION II

Mme R... Yvonne, 30 ans, entre le 29 décembre 1932 pour appendicite aiguë.

Il s'agit de péritonite généralisée avec contracture surtout sous-

ombilicale et douleur marquée surtout à droite dans la fosse iliaque. Température 39°2, pouls à 112.

Protocole opératoire. — Laparatomie médiane sus-ombilicale, pus libre et fausses membranes dans la grande cavité. Appendice rétro-cœcal, adhérent, présentant une plaque de sphacèle et une perforation au niveau de son extrémité.

Appendicectomie. Péritonisation. Drain dans le Douglas. Drainage de la fosse iliaque droite. Réfection de la paroi en deux plans.

Suites opératoires. — Dans les trois jours qui suivent, évolution normale, la température atteint le quatrième jour 37°6. Subitement, le cinquième jour, la température remonte à 39°4, le pouls est accéléré. La malade est fatiguée, angoissée, agitée. On désunit la paroi, il existe une gangrène pariétale profonde. Mort le septième jour.

OBSERVATION III

M. R... Justin, 20 ans, entre le 27 août 1932 pour appendicite aiguë.

Il s'agit d'une appendicite aiguë à la 48^e heure, douleur nette de la fosse iliaque droite avec contracture. Température 38°8, pouls 120.

Protocole opératoire. — Incision de Mac Burney. Un peu de liquide louche à l'ouverture du péritoine. L'appendice est rétro-cœcal, long, très adhérent, sous-hépatique. Libération très difficile. Appendicectomie rétrograde. Un drain, une mèche. Fermeture partielle, crins sur la peau.

Suites opératoires. — Le lendemain, la température se maintient élevée, malade agité, pouls rapide. On doit désunir la plaie le 2^e jour, parce qu'il s'écoule un liquide sanieux, fétide, en provenance de la paroi. Sphacèle étendu. Thérapeutique serrée. Mort le 6^e jour.

OBSERVATION IV

M. M... Georges, entre le 24 mars 1934 pour appendicite aiguë.

Appendicite aiguë à la 40^e heure, sans vomissement, température 39°8, pouls 140.

Protocole opératoire. — Incision de Mac Burney. Appendice rétro-cœcal, complètement adhérent. Libération difficile, appendice gangrené dans toute sa partie distale. Appendicectomie avec enfouissement. Un petit Mickulicz avec deux mèches. Deux points au catgut prennent en masse la totalité de la paroi dans la partie supérieure de l'incision. Deux crins (sérum A. G. G.).

Suites opératoires. — Le lendemain, désunion de la paroi qui présente un aspect sphacélique étendu. La température est à 40°, malade très fatigué. Le 2^e jour on désunit complètement. L'état ne s'améliore pas. Mort le 4^e jour.

OBSERVATION V

Mme G... Jacqueline, 30 ans, entre le 26 mars 1934 pour appendicite aiguë.

Appendicite aiguë datant de 6 jours, recrudescence des symptômes depuis 3 jours. Température 39°5. Plastron de la fosse iliaque droite. Femme enceinte de trois mois.

Protocole opératoire. — Incision de Mac Burney. Gros abcès rétro-cœcal avec infiltration en masse du cœco-colon ascendant et de la terminaison du grêle. Décollement très prudemment de l'appendice qui est rétro-cœcal, dont on arrive à enlever la portion proximale, la pointe appendiculaire n'est pas trouvée. Un gros calcul stercoral, gros comme une noisette, est trouvé libre dans le ventre. On met un drain et une mèche dans le foyer.

Suites opératoires. — Le lendemain, la température est à 38°6, la malade est angoissée, fatiguée. On enlève les deux fils de la paroi, on désunit la plaie. Il existe une gangrène pariétale. Thé-

rapeutique très suivie. L'état demeure stationnaire. Aggravation et mort le 8^e jour.

OBSERVATION VI

M. M... Désiré, entre le 31 octobre 1935 pour ulcus gastrique perforé.

Malade amené à la 6^e heure avec syndrome de perforation. Antécédents gastriques datant de 6 ans. Début brutal dans l'après-midi. Contracture de la moitié supérieure droite du grand droit. On pose le diagnostic d'ulcus perforé. Température 38°8, pouls 105.

Protocole opératoire. — Laparatomie médiane sus-ombilicale. Issue de pus venant de la loge sous-hépatique. Le pylore et le duodénum sont sains: mais sous le foie, à son contact, grosse masse inflammatoire de laquelle on extrait un appendice gangréné. On extrait cet appendice au thermo. Contre incision dans la fosse iliaque droite dans laquelle on place un Mickulicz. Fermeture de la laparatomie médiane par des crins en huit et mise en place d'un gros drain (glace, sérum A. G. G.).

Suites opératoires. — Amélioration de l'état général le lendemain. Température 38°2, pouls à 98. Bon faciès. Le 2^e et le 3^e jours, la température remonte lentement. On vérifie la paroi le 4^e jour. Paroi gangrénée. On enlève les crins fermant l'incision iliaque et une partie des crins totaux de l'incision médiane. L'aspiration ramène un peu de liquide brunâtre fétide. L'état général empire brusquement, la température monte en flèche, le pouls reste à 90, mais mou avec des extrasystoles. Le 5^e jour, état général très mauvais, gangrène étendue de la paroi, péritonite gangréneuse. Mort dans la nuit.

OBSERVATION VII

Enfant C... André, 6 ans, entre le 11 avril 1938 pour appendicite aiguë.

Appendicite aiguë au troisième jour. Température 38, pouls à

100. Pas de vomissement. Lavement la veille. Contracture de la moitié droite de l'abdomen.

Protocole opératoire. — Incision iliaque droite, liquide séropurulent dans la cavité. Appendice sous-cœcal, enfoui dans un bloc d'épiploon, sphacélique dans sa moitié distale. Appendicectomie sans enfouissement. Un drain dans le Douglas. Un crin total à la partie supérieure de l'incision.

Suites opératoires. — La température le lendemain est à 40°, le pouls à 110. L'enfant est mal. Le 2^e jour, on désunit la paroi, qui est sphacélique. Dans les jours qui suivent, les phénomènes toxi-infectieux régressent, mais par la suite il se produira :

- suppuration locale abondante,
- foyer de pneumopathie,
- Abscès de la parotide,
- fistule stercorale.

L'enfant sortira cependant guéri le 72^e jour après son hospitalisation.

OBSERVATION VIII

M. C... Léon, 37 ans, entre le 15 octobre 1941 pour appendicite aiguë avec plastron. Température 37°6, pouls 78.

Protocole opératoire. — Appendicite aiguë avec plastron et grosse adhérence épiploïque. Après section de l'épiploon, ablation de l'appendice. Aucun abcès n'étant ouvert, fermeture de la paroi avec un petit drain (aspect inflammatoire du péritoine et des tissus).

Suites opératoires. — La température s'élève le deuxième jour. On doit enlever les agrafes le 3^e jour. Désunion complète de la plaie. On établit une thérapeutique serrée par sérum A. G. G. anticolibacillaire, Dagénan, tonicardiaques. Les phénomènes toxi-infectieux régressent à partir du 11^e jour pour réapparaître le 15^e jour, enfin disparaître définitivement le 25^e jour.

Nous avons seulement rapporté les observations les plus frappantes, celles où la mort suivit l'évolution de phlegmons gangréneux. Nous aurions pu ajouter à cette documentation une vingtaine d'observations où les lésions gangréneuses sont restées localisées, ou bien ont cédé au traitement. Nous n'avons pas cité les nombreuses observations relevées dans la littérature. Nous renvoyons pour cela dans notre bibliographie aux auteurs. Elles ne sont qu'un élément de plus en faveur de l'opinion que nous défendons : « danger de la suture pariétale dans les appendicites drainées ».

Cependant, nous tenons à ajouter une observation de gangrène cutanée post-opératoire d'origine appendiculaire, ainsi nous aurons illustré notre thèse des principales complications infectieuses locales et générales dues à la suture pariétale :

- Suppuration banale,
- Gangrène et sphacèle du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose du grand oblique,
- Gangrène cutanée post-opératoire,
- Phlegmon gangréneux mortels.

OBSERVATION IX

H. J. VIER (Surgery, 1. vol. 7, n° 3, mars 1940, p. 334-341, 2 fig.).
Gangrène post-opératoire progressive de la paroi abdominale (un cas).

Homme de 64 ans, opéré d'urgence pour appendicite gangréneuse avec large perforation. Pus colibacille et protéus. Cœcostomie sur sonde et large drainage par mèches du pelvis et de la fosse iliaque. Les jours suivants, suppuration abondante. Le 10^e on supprime tout drainage et on enlève les trois points de soie et les agrafes placées sur la peau. Rentre chez lui le 26^e, presque guéri. Trois jours plus tard, la suppuration locale augmente et à l'angle inférieur de la plaie apparaît un bourrelet cutané rouge

vif, très douloureux. Aggravation rapide. Le processus gangréneux apparaît avec zone gris-jaunâtre entourée d'une bordure de deux à trois centimètres. Sous-anesthésie générale, toute la plaque de tissu malade de 8 cm. de diamètre est excisée jusqu'à l'aponévrose qui paraît saine. Pansement à la pâte à l'oxyde de zinc.

Dans la zone de gangrène, on trouve : bacilles proteus et staphylocoques hémolytiques. Dans la zone d'érythème périphérique streptocoques non hémolytiques.

Le 13^e jour après l'intervention, VIER tente de rapprocher les angles de la plaie avec des bandes adhésives, ce qui, dit-il lui-même, fut une cause d'erreur. Très rapidement une petite zone de gangrène apparaît de nouveau. On l'excise le lendemain sous anesthésie et on reprend les pansements au peroxyde de zinc. Au 21^e jour, l'opéré évacue par le rectum une grosse collection de pus, sang, caillots. Amélioration rapide. Le 38^e jour, greffes cutanées. Cicatrice complète 80 jours après le début de la maladie, 54 après celui de la gangrène.

VIER pense que la compression exercée sur les tissus par les sutures et par les éléments de drainage a probablement joué un rôle dans le développement de l'infection gangréneuse.

TROISIEME PARTIE

SYMPTOMATOLOGIE.

Les complications infectieuses pariétales survenant après appendicectomie drainée et suturée sont dues à l'inoculation secondaire de la plaie opératoire par les liquides septiques issus de la cavité abdominale.

Le *début* — il est variable :

— Tantôt, sans transition, nous voyons les phénomènes infectieux s'aggraver après l'intervention. Le malade meurt surtout de toxémie.

— Tantôt, entre l'intervention et l'apparition des premières manifestations infectieuses s'écoule un laps de temps variable, 1, 2, 3, 4, 5 jours, rarement plus.

— Tantôt enfin, et surtout dans les gangrènes cutanées, l'intervalle libre peut aller jusqu'à 15 jours.

LES SIGNES GÉNÉRAUX.

Dans les phlegmons gangréneux.

— Douleur au niveau de la plaie, sensation de tension, de gêne du pansement, de picotement. Cette plaie est sèche, sans aucun suintement.

— L'état général est rapidement altéré — la température est à 39°-40° — le pouls est rapide, le malade est agité, angoissé, souvent il présente une dyspnée sine materia.

Dans les abcès et sphacèles de la paroi.

— Nous retrouvons la même douleur, spontanée et provoquée.

— L'état général reste bon pendant quelques jours, on formule déjà d'excellents vœux pour la guérison. Souvent le malade a émis des gaz. Subitement, la température, qui avait atteint la normale ou presque, subit une ascension. Elle atteint 39°-40°. Le pouls s'accélère. L'angoisse, l'agitation apparaissent.

Dans les gangrènes cutanées.

— La douleur n'apparaît que tardivement, plusieurs jours, quelques fois après que le malade a quitté l'hôpital, douleur non en rapport avec l'étendue de l'affection, très vive.

— L'état général reste bon, la température ne dépasse pas 38°.

• LES SIGNES PHYSIQUES.

Dans les phlegmons, comme dans les abcès et sphacèles de la paroi.

— La peau présente un œdème blanc, dur, ne prenant pas le godet. Les lèvres de la plaie sont rouges, avec plaques jaunâtres, infiltrées. L'ensemble revêt un aspect de viande altérée. Souvent la plaie se désunit.

— Il s'écoule un peu de sérosité, de pus, gris-noirâtre, quelques gaz.

— La désunion montre une paroi entièrement sphacélée. Le tissu sous-cutané est noirâtre, d'odeur fétide. L'aponévrose du grand oblique est verdâtre, se détachant par lambeau. Rarement, le muscle est atteint. La lésion est extensive, il existe parfois de vastes décollements, toujours ascendante vers la partie supérieure de l'insertion des muscles de la paroi abdominale (côtes - colonne vertébrale), rarement descendante vers la région inguino-crurale.

Dans la gangrène cutanée.

— Une tache érythémateuse apparaît en premier lieu sur le bord de la plaie. Au bout d'un ou deux jours lui succède un nodule inflammatoire, violacé, furonculoïde,

même anthracoïde, dont le centre devient noirâtre, escharrotique. L'ulcération gangréneuse est constituée. La zone centrale, formée d'une escharre noire ou grisâtre, se limite par un sillon d'élimination qui laisse à la suite une ulcération bourgeonnante assez superficielle. La zone périphérique est formée d'un bourrelet marginal, rouge, brillant ou violacé, à versant interne abrupt et décollé.

L'ÉVOLUTION.

Dans les phlegmons.

— Rapidement mortelle.

Dans les gangrènes du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose du grand oblique :

L'évolution est continue. L'aponévrose s'élimine par grands lambeaux. Le tissu sous-cutané nécrosé subit le même sort. Il s'écoule un liquide sanieux, d'odeur putride, mélange de sérosité et de pus. On assiste à la nécrose d'un foyer étendu qui régressera sous l'influence du traitement ou prendra l'allure d'un phlegmon diffus. Lorsque cette évolution devient favorable, on assiste à la chute de la température, à l'amélioration de l'état général, il se produit un suintement de la plaie, c'est le « dégel ».

Dans la gangrène cutanée.

— Progressive.

-- L'extension se fait par la périphérie, continue, habituellement régulière, inexorable. Elle peut atteindre de grandes surfaces. Il n'y a jamais de cicatrisation spontanée complète.

TRAITEMENT.

Dans les phlegmons diffus, dans les gangrènes sous-cutanées et aponévrotiques.

1° Désunion;

2° Ne pas toucher les éléments de drainage;

3° Explorer les décollements;

4° Mettre à plat, d'où longues incisions de débridement cutané;

5° Ne pas toucher d'emblée à l'aponévrose. Exciser seulement les tissus sphacelés;

6° Faire une thérapeutique suivie :

— Grandes irrigations à l'eau oxygénée, à l'éther, au liquide de Dakin,

— Sérothérapie - A. G. G. local et général,

— Sulfamidothérapie,

— Tonicardiaques, etc...

Dans la gangrène cutanée.

— L'excérèse radicale est la règle. Si celle-ci est rendue impossible par l'étendue du foyer ou par l'état du malade, on badigeonnera au nitrate d'argent à 2 %, suivi immédiatement d'irradiations aux rayons X ou ultraviolets.

QUATRIEME PARTIE

De tout cet exposé quels enseignements pouvons-nous recevoir ?

Certains chirurgiens ont une opinion précise, ne jamais suturer les appendicites drainées, à la rigueur un point ou deux sur le péritoine ou sur le muscle, mais jamais de suture des téguments.

D'autres ont prétendu ou prétendent que le seul moyen d'éviter l'infection pariétale est de suturer en un seul plan.

Nous ne jugeons pas de cette façon. Que l'on ferme une paroi en un, deux ou trois plans, les accidents sont aussi fréquents. Pourquoi en serait-il autrement ? Malgré les précautions les plus minutieuses d'asepsie, la plaie opératoire est toujours souillée par les liquides septiques issus de la cavité abdominale. Nous nous trouvons donc dans les mêmes conditions qu'en présence d'une plaie contaminée de l'extérieur. Le mélange aérobie-anaérobie trouvera les mêmes éléments favorables à son développement, attrition musculaire, tissu sous-cutané plus ou moins décollé. Toutes ces conditions facilitent la pullulation des agents pathogènes, les jours suivant l'intervention. Ils se développeront avec d'autant plus de rapidité que tissu sous-cutané et aponévrose sont faiblement défendus, parce que faiblement vascularisés. Aussi nous ne comprenons pas pourquoi se servir de procédés différents pour traiter un même effet. Dans une plaie de la rue, dans certaines plaies de guerre, la question ne se poserait pas un seul instant. Après avoir nettoyé le

foyer on panserait la plaie à plat afin d'éviter cette terrible complication qu'est la gangrène et l'on s'entourerait de toutes les conditions favorables à la bonne évolution des événements.

Enfin, pour un grand nombre, ce sujet n'est qu'une question secondaire. Ils ne paraissent pas en voir tout l'intérêt et l'importance. Ils considèrent seulement le drainage. Pour essayer d'obtenir une cicatrisation rapide, un bel aspect de cicatrice, ils suturent la paroi sans tenir compte des faits. Nous n'en voulons pour exemple que la réponse qui nous a été souvent faite par les chirurgiens de garde lorsqu'on leur détaillait les incidents post-opératoires de leurs malades. « Mais vous êtes là, le lendemain, à la visite, vous désunissez s'il y a besoin. » Ce n'est pas exact. Le lendemain, il est souvent trop tard. Nous ne sommes plus maître de l'évolution d'un foyer de gangrène qui n'aurait jamais existé si la suture n'avait jamais été effectué.

Pour nous, cette question est jugée. Il ne faut jamais suturer la paroi dans les appendicites drainées. On assurera un drainage efficace par la pose d'un Mickulicz, sac et mèches, dont le but sera :

1° De réaliser l'isolement du foyer par exclusion;

2° D'empêcher la diffusion de l'infection en évitant que les anses intestinales ne viennent s'infecter au contact du foyer septique;

3° D'assurer l'aération complète de la cicatrice opératoire et empêcher le développement des agents anaérobies;

Quelques objections pourrons nous être faites. On nous opposera l'événtration post-opératoire, l'issue d'anses intestinales, les accidents occlusifs, les cicatrices vicieuses, la longueur de la réparation de la plaie et de la guérison.

Aucun de ces arguments ne résiste à l'observation des faits que nous avons constaté à la Maison de Santé.

Il vaut mieux avoir à réintervenir pour une éventration dans un deuxième temps plutôt que de voir mourir un opéré de gangrène, de phlegmon gangréneux.

L'issue d'anses intestinales ne se produit jamais si les pansements sont faits rationnellement.

De plus, l'observation prouve que, lorsque l'appendice a été enlevé, la cavité péritonéale asséchée, le Mickulicz placé avec deux mèches non serrées, on enlève les mèches au deuxième jour, le sac du huitième au neuvième, la cicatrisation rapide est obtenue en trois semaines, sans éventration dans l'immense majorité des cas.

Par suite, la conduite que nous préconisons en présence d'une appendicite à drainer est la suivante :

— Incision de Mac Burney.

— Eviter le plus possible l'attrition de la paroi et s'assurer du maximum de protection de la plaie opératoire avant l'ouverture du péritoine.

— Ne jamais suturer les éléments de la paroi, péritoine, muscles, petit oblique et transverse, aponévrose du grand oblique, peau en un, deux ou plusieurs plans.

— Assurer un drainage large par Mickulicz dans les trois cas suivants :

1° Appendice prégangréneux avec liquide septique suspect dans le ventre, appendice succulent, très vascularisé, bleuté, qui, ouvert, montre une gangrène diffuse, infection à colibacilles.

2° Appendice gangrené localement sur calcul, plaque de sphacèle, liquide septique dans la cavité abdominale.

3° Appendice perforé par chute de la plaque de sphacèle ou éclatement par la tension d'un abcès, liquide ou pus fétide dans la cavité péritonéale.

Ce drainage sera réalisé de la façon suivante :

— Le sommet de la tente du Mickulicz sera placé au contact du foyer appendiculaire.

— S'il y a extension du processus infectieux vers le

petit bassin ou vers le foie, faire faire au sac de Mickulicz des hernies dans ces directions. On garnira alors le sac de 2 mèches centrales et de mèches correspondant aux diverticules du sac, mèches non tassées, essentiellement de drainage.

Quand le Mickulicz aura été enlevé, on le remplacera par une lame de caoutchouc pour éviter la rétention de pus. On peut d'ailleurs placer cette lame en même temps que le Mickulicz, à côté de lui et en dehors.

CONCLUSION

1° La suture pariétale joue un rôle fondamental dans l'évolution post-opératoire des appendicites drainées.

2° La suture pariétale peut entraîner des complications infectieuses de gravité variable, depuis la phlegmasie locale, non suppurante mais pouvant être à l'origine de processus septico-pyohémiques, jusqu'au phlegmon diffus de la paroi, mortel.

3° Parmi les différents modes de la suture pariétale dans les appendicites drainées, il faut éliminer systématiquement la suture des éléments, péritoine, muscles, petit oblique et transverse, aponévrose du grand oblique, peau, en un ou plusieurs plans, parce qu'entraînant des accidents locaux et généraux pouvant être mortels.

Seul le drainage large par Mickulicz sans suture doit être utilisé.

Cependant, dans certains cas exceptionnels, on pourra se permettre de réduire une brèche pariétale un peu grande en posant un ou plusieurs points sur le péritoine et les muscles petit oblique et transverse.

Vu:

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu:

Le Président de la Thèse :
SENEQUE

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris:
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- A. CHALIER. — Appendicite gangréneuse avec phlegmon diffus putride de la paroi lombo-costale. *Lyon-Médical*, 1922, p. 234.
— *Presse Médicale*, 9 oct. 1929, p. 1.315-1.316.
- F.-M. CADENAT et M. PATEL. — Congrès Français de Chirurgie, 3-8 oct., 1927.
- B. DESPLAS et P. LUBIN. — A propos du drainage et de la suture de la paroi dans les appendicites aiguës. *Archives Hospitalières*, 1933, p. 80-81.
- J.-L. FAURE. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie. *Presse Médicale*, 1925, 7 oct., p. 1.331.
- HARTMANN. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, T. 46, 10 nov. 1920, p. 1.265.
- HALLOPEAU. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, T. 46, 27 oct. 1920, p. 1.204.
- LECÈNE. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, T. 46, 20 oct. 1920, p. 1.151.
- MÉTIVET. — *Presse Médicale*, 31 août 1929, p. 1.133; 25 déc. 1929, p. 1.672.
- OMBRÉDANNE. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 23 juin 1920, p. 956-965.
- P. RELIER, A. AMELINE. — Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 3 déc. 1941, p. 825. Sur un cas de gangrène progressive de la paroi thoraco-abdominale consécutive à une appendicectomie gangréneuse.

- P. ROGÈS. — Phlegmons gangréneux de la paroi. Thèse de Paris, 1930.
- J.-C. RUDLER. — Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Colon droit, 9.066, p. 1.
- SAVARIAUD. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 10 nov. 1920. T. 46, p. 1.263.
- A. TOURAINE et DUPERRAT. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 7^e série, T. X, 1939, p. 257-286, 6 fig.
— Presse Médicale du 25 janv. 1939, n° 7, p. 131-132.
- V. VEAU. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, T. 46, 27 oct. 1920, p. 1.207.
- VIANNEY. H. REYNÈS. — Presse Médicale, Congrès de Chirurgie, 3-8 oct. 1927.
- P. WILMOTH. — Gangrène cutanée post-opératoire. Presse Médicale, n° 76, 11 oct. 1939.
— Mémoires de l'Académie de Chirurgie, nov. 1938.
- H.-J. VIER. — Gangrène post-opératoire progressive de la paroi abdominale (un cas). Surgery, vol. 7, n° 3, mars 1940, p. 334-341, 2 fig.





